

Współorganizator Kampanii – portal **www.siostraania.pl** prowadzi od maja 2012r. badania wśród przyszłych i obecnych rodziców, określające jaki czynniki mają bezpośredni wpływ na decyzję o posiadaniu dziecka, pierwszego lub kolejnego*.

*Największy udział w badaniu miały opinie rodziców, którzy posiadają już co najmniej jedno dziecko i zastanawiają się nad posiadaniem kolejnego – a **barierą są przeżycia z pierwszego porodu.**

CZEGO BOJĄ SIĘ RODZICE?:

- zbyt pochopnego podawania oksytocyny na każdym etapie porodu,
- długotrwałego monitorowania KTG,
- przebicia pęcherza płodowego,
- szybkiego prowadzenia II okresu porodu i zbyt szybkiego popierania,
- wyciskania dziecka na siłę w II okresie porodu,
- nacięcia wynikającego z braku możliwości przyjęcia dogodnej pozycji,
- przyśpieszania rodzenia łożyska poprzez pociąganie za pępowinę,
- wyciskania łożyska przez lekarza, łyżeczkowania,
- szybkiego odpępniania,
- oślepienia lampą bezpośrednio po porodzie,
- hałasu i braku delikatności podczas zabiegów pielęgnacyjnych,
- zabrania dziecka,
- przeszkadzania w czasie porodu,
- zastraszania i szantażowania,
- lekceważenia w sytuacji rzeczywiście wymagającej pomocy,
- flory bakteryjnej,
- braku informacji na temat stanu dziecka i faktycznego przebiegu porodu.

Podczas **bezpłatnych spotkań edukacyjnych z położną od 21. tygodnia ciąży,** poruszane mogą być m.in. następujące kwestie, kluczowo ważne dla rodziców:

1. Plan porodu

Rodzice powinni zgłosić się do porodu z opracowanym planem porodu, w którym określają wszystkie swoje preferencje, potrzeby i założenia. Personel medyczny ma obowiązek taki plan porodu realizować, a w razie nieprzewidzianych okoliczności, zaproponować pacjentce jego modyfikację przy założeniu, iż nadrzędnym celem jest realizacja jak największej ilości punktów w nim zawartych. Opracowanie takiego planu odbywa się na spotkaniach edukacyjnych z położną tak, aby był oparty na rzetelnej wiedzy i dostosowany do indywidualnych potrzeb rodzącej.

2. Uzyskanie rzetelnych informacji

Lekarz powinien mieć obowiązek informować na bieżąco rodzicą o stanie jej oraz jej dziecka oraz przedstawić jej wszystkie możliwości rozwiązania problematycznej w danym momencie sytuacji. Powinien również informować o wszelkich podejmowanych czynnościach z wyjaśnieniem wszystkich okoliczności i uzasadnieniem poszczególnych działań.

3. Podejmowanie świadomych decyzji i wyborów

Rodzica ma prawo wiedzieć co dokładnie dzieje się z nią i dzieckiem w czasie porodu i może dokonać wyboru bez poczucia, iż zalecenie lekarskie jest jedynym słusznym. Lekarz powinien respektować wybór pacjentki bez stosowania szantażu emocjonalnego (np.: „*ja tu jestem lekarzem i ja odpowiadam, ja ponoszę odpowiedzialność*”). Służba medyczna powinna standardowo stosować dobrą praktykę eliminowania sytuacji niejasnych. Rodzica powinna mieć możliwość „porodu ambulatoryjnego” czyli wypisu ze szpitala nawet 12 godzin po porodzie, gdzie badania przesiewowe mogłyby być monitorowane przez położną środowiskową.

4. Odpowiedni poziom komunikacji

Lekarz powinien jasno formułować cele postępowania medycznego na zasadach empatii i zrozumienia, bez stosowania języka korzyści medycznych i używania zawiłych terminów medycznych (np.: „*jeśli nie podam Pani oksytocyny czynność skurczowa zatrzyma się i może urodzi Pani jutro, a jeśli podam – za godzinę*”). Rodzica powinna znać również niepożądane skutki podania leku i sama zdecydować, co jest dla niej do przyjęcia. Służby medyczne zadbać powinny również o sposób przekazywania informacji pacjentce biorąc pod uwagę, iż jest to dla niej najważniejszy moment w życiu a nie, jak dla nich, kolejny przypadek medyczny.

5. Poczucie bezpieczeństwa i intymności

Rodzica w czasie porodu ma prawo do skupienia, intymności i bezpieczeństwa, co może być ograniczone poprzez na przykład obecność na sali porodowej osób trzecich (pielęgniarek, stażystów, innych lekarzy). Ich ilość powinna być ograniczona do minimum, bo każda dodatkowa osoba na sali to stres dla pacjentki, a tym samym dla dziecka. Jakikolwiek wprowadzenie na salę porodową osób trzecich powinno być uzgodnione z pacjentką bądź z osobą jej towarzyszącą. Opieka nad matką i dzieckiem powinna być sprawowana przez jedną położną na dyżurze a nie co chwilę inną - zmniejsza to możliwość przenoszenia zakażeń szpitalnych, zapobiega dysonansowi poznawczemu (gdy kilka osób posiada odmienne zdanie i inny sposób na rozwiązanie tego samego problemu), nie pozwala na rozmywanie się odpowiedzialności ze strony personelu i zwiększa poczucie zaufania matki. Powinno się również ograniczyć ilość osób na wizycie lekarskiej oraz liczbę wizyt.

6. Wpływ na otoczenie i przebieg porodu

Pacjentka już poprzez przebywanie na sali porodowej czuje się obco, gdyż często jest to jej pierwsze spotkanie z tym miejscem, jakże innym od własnego domu. Powinna mieć więc zapewnione warunki intymności, móc decydować o rodzaju i sile światła, mieć dostęp do okna i możliwość słuchania ulubionej muzyki. Rodząca ma również prawo do wyboru pozycji podczas porodu i poruszania się we wszystkich jego fazach.

7. Obecność osoby towarzyszącej

Możliwość obecności przy porodzie osoby towarzyszącej powinna być zapewniona wszystkim rodzącym w każdej fazie porodu, a także już podczas badania, wizyty i w trakcie podejmowania decyzji dotyczących dalszego postępowania medycznego lub zastosowania interwencji medycznych, jeśli nie koliduje to z uszanowaniem potrzeby intymności i prywatności innych pacjentek. Poród zabiegowy i poród poprzez cesarskie cięcie nie powinny być przeszkodą w tej praktyce – w tej sytuacji rodząca potrzebuje wsparcia bliskiej osoby nawet ze zwiększoną siłą.

8. Kontakt „skóra do skóry”

Pacjentka i jej dziecko mają prawo przebywać nierozdzielnie po porodzie. Dla noworodka, który przebywał w łonie matki przez 9 miesięcy, poród to traumatyczne i męczące przeżycie, a jego poczucie bezpieczeństwa dodatkowo zaburzone jest przez kontakt ze światłem, dźwiękiem, zapachem i temperaturą otoczenia. Powinien więc on przebywać w jedynym miejscu, które zna – jak najbliżej mamy, chyba, że istnieją ku temu inne, medyczne przeciwwskazania. Powinno się również umożliwić taki kontakt matce po porodzie przez cesarskie cięcie, jeśli nie istnieją ku temu medyczne przeciwwskazania, a także zapewnić tacie możliwość „kangurowania” czyli obcowania „skóra do skóry” z noworodkiem. Zmniejsza to stres dziecka i pomaga w zasiedleniu przyjazną, bo rodzicielską florą bakteryjną.

9. Świadoma decyzja o badaniu i szczepieniu dziecka

Pacjentka ma prawo decydować o czasie badania urodzonego dziecka i powinna mieć możliwość zatrzymania dziecka przy sobie w kontakcie „skóra do skóry” do 24 godzin po porodzie, chyba, że istnieją ku temu inne, medyczne przeciwwskazania. Rodzącej należy się też prawo samodzielnie decydować o podaniu dziecku pierwszej szczepionki, wykonywanej standardowo w pierwszej dobie życia dziecka z reguły bez konsultacji z pacjentką – powinna mieć ona możliwość wyboru szczepionki, w tym płatnej, na specjalne zamówienie oraz mieć możliwość odmowy jej podania. Jeśli zaś świadomie zdecyduje się na szczepienie dziecka powinno to mieć miejsce na sali, w której oboje przebywają, tak samo jak inne badania i zabiegi pielęgnacyjne. Zabieranie dzieci na wspólną salę zwiększa możliwość przenoszenia infekcji, a wypraszenie rodziców

podczas zabiegów ze wspólnej sali pod byle pretekstem powoduje u noworodków zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa, a tym samym zwiększone odczuwanie bólu i większy stres.

10. Informacja o wizytach patronażowych

Personel medyczny w szpitalu powinien mieć obowiązek poinformowania pacjentki o możliwości korzystania z wizyt patronażowych położnej środowiskowej oraz poinstruowania rodzącej jakie dokumenty należy złożyć/wypełnić aby takie wizyty odbyły się bezpłatnie.

11. Poród naturalny po cesarskim cięciu

Pacjentka ma prawo rodzić naturalnie po uprzednim cesarskim cięciu, a lekarz ma obowiązek poinformować pacjentkę, że ma taką możliwość pod warunkiem nie wystąpienia innych okoliczności. Pacjentka nie powinna czuć presji w kwestii rodzaju porodu, ale otrzymać wsparcie aby urodzić w sposób, jaki sama wybierze.

12. Wsparcie laktacyjne i psychologiczne

Rodząca ma prawo do uzyskania wszelkich niezbędnych według niej informacji dotyczących karmienia noworodka bez poczucia irytacji czy znudzenia ze strony personelu medycznego, który często traktuje pacjentkę z dystansem i zdziwieniem. Obowiązkiem personelu szpitalnego jest przygotowanie rodzącej do karmienia naturalnego i zapewnienie jej w tym zakresie maksymalnego wsparcia, włączając w to opiekę psychologa. Nie powinno się podawać noworodkowi żadnego pokarmu bez zgody i wiedzy matki i bez dołożenia wszelkich starań na drodze do karmienia piersią, jeśli matka wyraziła taką chęć.

13. Wypis ze szpitala i informacja zwrotna

Marzeniem rodziców jest dokonywanie wypisów prosto z sali, na której leżą matka i dziecko. Niestety, w większości szpitali wypisy odbywają się w specjalnie do tego przeznaczonym biurze, a czas oczekiwania na nie wynosi 3-4 godziny, choć powinien on wynosić nie więcej jak 20 minut. Rozdziela się matkę i dziecko w celach przewiezienia noworodka do sali wypisów – z reguły po kilkoro dzieci na raz. O ile jeszcze pierwszy czy drugi noworodek jest spokojny, o tyle piąty czy szósty często bezustannie płacze pozostawiony sam w sobie, oczekujący na coś, czego nie jest w stanie pojąć. Poza tym matka, która kilka godzin czeka w poczekalni ze spakowaną torbą również nie czuje się komfortowo. Nie ma możliwości odpoczynku lub spokojnego nakarmienia dziecka w tym czasie. Personel szpitalny powinien kłaść nacisk na dokładne wypełnianie dokumentacji wypisowej - często brak jest rzetelnych informacji o przebiegu porodu, podanych lekach, wykonanych zabiegach, dokarmianiu dziecka, zarówno na karcie wypisowej jak i w książeczce zdrowia dziecka.